CONCOURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

DES INDICATIONS

ET DES

CONTRE-INDICATIONS

EN MÉDECINE OPERATOIRE;

THÈSE SOUTENUE

PAR A. VIDAL (DE CASSIS).



Les opérateurs trouvent, en général, trop d'indications et pas assez de contre-indications.
Le désir de tout guérir a fait beaucoup de victimes.

PARIS,
IMPRIMÉ CHEZ PAUL RENOUARD,
RUE GARANCIÈRE, 5.
1841.

0 1 2 3 4 5 (cm)

JUGES DU CONCOURS.

MM. LES PROFESSEURS :	MARJOLIN, *Président*. BRESCHET, Juge. CRUVEILHIER, id. GERDY, id. MOREAU, id. CLOQUET, id. VELPEAU, id. ANDRAL, id. RICHARD, id. CHOMEL, id.
MM. LES MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE :	BEGIN, *Secrétaire*. GIMELLE, Juge. AMUSSAT, id. LAGNEAU, id. VILLENEUVE, id.

CONCURRENS.

MM. BERARD jeune,
BLANDIN,
ROYER (Philippe),
CHASSAIGNAC,
HUGUIER,
LAUGIER,
LENOIR.

MM. MALGAIGNE,
MICHON,
ROBERT,
SANSON jeune,
SEDILLOT,
THIERRY,
VIDAL (de Cassis).

DES INDICATIONS

ET DES

CONTRE-INDICATIONS

EN MÉDECINE OPÉRATOIRE.

L'insuffisance des moyens diététiques et pharmaceutiques, l'impuissance de la nature pour la guérison de certaines maladies, ont mis les praticiens dans la nécessité de recourir à un ordre de moyens puisés dans la *médecine opératoire*. L'action directe, trop souvent soudaine et violente de ces moyens, leur puissante et prompte efficacité dans quelques cas, impliquent plus ou moins de douleurs et presque toujours des dangers; ils peuvent donc nuire avant même d'être utiles. Or, comme « être utile n'est que la seconde règle de la thérapeutique tandis que la première est de ne pas nuire (1); » on voit avec quelle réserve, l'action chirurgicale devra être invoquée. Le vrai chirurgien ne s'y résoudra donc qu'à *bonnes enseignes* comme l'aurait dit Paré (2), c'est-à-dire quand les

(1) Chomel, *Pathologie générale.*

(2) « Nous appelons indications, en chirurgie, ce que le chirurgien se met devant les yeux comme une *enseigne* pour adviser quel moyen il doit employer pour préserver et guérir les personnes. » (Paré, *des Indications.*)

1.

indications seront positives, et quand il ne sera formé aucune opposition sérieuse par des circonstances que je ferai connaître sous le nom de contre-indications. Le chirurgien doit toujours pouvoir se justifier d'avoir entrepris une opération; il n'y parviendra qu'en faisant la preuve d'une juste et bonne indication. Or comme c'est là un point de pratique souvent très difficile, l'opérateur sera toujours réservé et s'abstiendra souvent. Cependant, une réserve qui ferait méconnaître une indication et négliger de la remplir, dans un cas grave, serait aussi coupable que l'audace inintelligente; car on doit être également éloigné des praticiens qui ont été ainsi caractérisés : « *Timiditas equidem impotentiam, audacia vero ignorantiam artis significant.* »

La connaissance des maladies étant la principale source des indications et des contre-indications, c'est à la pathologie que je dois demander les faits généraux et particuliers nécessaires à la solution de la question que j'ai à traiter. Il me faut nécessairement passer en revue la plupart des maladies chirurgicales; mais avec rapidité, dans un ordre et sous des chefs imposés par la nature d'une pareille question.

Je ferai trois sections correspondant aux divisions des maladies adoptées par quelques classiques : 1° Lésions physiques; 2° lésions organiques; 3° lésions vitales. Chacun de ces groupes m'offrira des exemples qui appuieront les principes à mesure qu'ils seront exposés. Je pourrai ainsi, sans perdre de vue la portée philosophique de la question, donner à sa solution une certaine utilité pratique.

SECTION PREMIÈRE.

Lésions physiques.

Ce sont celles qui présentent les indications les plus rationnelles, les plus faciles à saisir. Chacune porte son indication, son *enseigne*. Ainsi le mot *solution de continuité* est suivi, dans les livres, de celui de *réunion ;* une *adhérence vicieuse* fait naître l'idée de la *division ;* les *déplacemens* indiquent la *réduction ;* une *rétention* commande une *évacuation ;* le *corps étranger* doit être *éliminé*.

§ I. Solutions de continuité.

a. La *réunion* n'est pas toujours d'une absolue nécessité, car il est des plaies qui guérissent parfaitement sans nos moyens adhésifs. On s'en sert alors pour hâter la guérison. Il est même beaucoup de circonstances qui peuvent faire naître des contre-indications : ainsi le siège de la plaie, sa profondeur, la nature des tissus des organes divisés, la nature de la cause vulnérante, l'étendue de la plaie, etc., peuvent contre-indiquer la réunion ou la faire ajourner.

Par exemple, dans une plaie de l'abdomen, si la vessie est ouverte, ce serait une faute de réunir la plaie, car on exposerait le malade à une infiltration urineuse, un des plus graves accidens des plaies. Tandis qu'en laissant la plaie ouverte, et dans certains cas, en plaçant dans la vessie, une canule qui éconduirait l'urine, on se créerait plus de chances d'éviter cette infiltration.

b. Quand, dans une plaie des membres, des tissus de nature très différente, ont été lésés, il n'est pas toujours prudent de réunir, parce que la cicatrisation peut marcher de la péri-

phérie vers le centre de la plaie; son fond devient alors un foyer où s'amasse le pus; or, comme, à cette profondeur, se trouvent quelquefois des veines favorablement disposées à la résorption purulente, on s'expose encore à un des plus terribles accidens des plaies.

c. La forme, la disposition de la plaie peuvent contre-indiquer la réunion. Ainsi, après l'ablation de certaines tumeurs, reste à leur place, une cavité inégale, anfractueuse, dont les parois ne peuvent être mises en contact; si on réunit, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané pourront adhérer entr'eux, tandis qu'il restera derrière, un foyer qui se fera jour plus tard, qui retardera la guérison, ou donnera lieu à une résorption, ce qui est beaucoup plus grave.

d. La présence de la cause vulnérante forme une contre-indication. Ce serait, comme on le dit vulgairement, enfermer le loup dans la bergerie que de réunir une plaie envenimée ou contenant encore le corps ou une partie du corps qui l'a produite.

Il est des plaies, au contraire, qu'on ne saurait trop se hâter de réunir, ce sont les plaies des artères. Ici l'indication est si évidente, si instinctive, que le vulgaire porte immédiatement le doigt sur la lumière du vaisseau, dès qu'il voit jaillir le sang. La compression est certainement, de tous les hémostatiques, le premier en date.

e. Il est des solutions de continuité dont l'étendue ne permet pas la réunion. Il faut, au contraire, les compléter ou en produire une autre. Un membre peut être retranché, en partie, par un coup de sabre ou de hache; si l'os ou les os sont divisés ainsi que les principaux nerfs et vaisseaux, la réunion est impossible; il vaut mieux séparer complètement le membre que chercher à réunir la plaie.

C'est donc là un cas d'amputation, opération d'ailleurs commencée par l'accident. Quand il y a plaie compliquée d'écrasement, et que les organes indiqués ont été atteints, le cas d'amputation n'est pas douteux encore. Cependant l'amputation d'un membre étant une opération qui place le malade dans la triste alternative de la mort ou d'une mutilation qui peut l'empêcher de travailler pour vivre, le chirurgien ne devra s'y décider qu'après avoir reconnu que les autres moyens, que les topiques, la médication indirecte, ne pourraient, après de longues souffrances et des dangers tous les jours renouvelés, conserver qu'un membre inutile, difforme, embarrassant, et pour lequel le malade réclamerait plus tard une opération qu'on aurait dû lui faire d'abord.

f. Quand la brisure d'un membre dépend d'un coup de feu, il y a quelquefois stupeur générale. On s'est demandé si on devait opérer pendant cet état nerveux. Je crois que cette question a besoin d'être revue. En attendant, je dirai que pendant les journées de juillet, j'ai fait deux amputations de cuisse sur des sujets qui se trouvaient privés de toute sensibilité, de tout mouvement, et la guérison a été rapide. Je fis une de ces amputations avec mon collègue, M. Guersant fils. Avant de l'entreprendre, nous priâmes M. Velpeau de nous donner un conseil sur ce cas embarrassant. Il nous recommanda bien de ne pas amputer, ce qui ne nous empêcha pas de le faire, et le malade guérit. Ce fait me rendit plus hardi le lendemain, et je fis la seconde amputation. Le succès fut complet. Ces faits ont déjà dix ans de date. Ils se sont donc passés pendant la première période de ma carrière chirurgicale. J'avoue, que plus tard, j'eusse été plus timide, ou du moins plus réservé, et, par conséquent, moins heureux. Il est des cas de plaies très étendues, et même avec sépara-

tion complète d'une partie qui ne contre-indiquent pas la réunion. Ainsi l'ablation d'un doigt, du nez.

g. Avec la lésion qui indique l'amputation, peuvent exister sur le même malade, d'autres plaies. Y a-t-il alors contre-indication ? Il est impossible de faire une réponse très catégorique à cette question, car tout dépend du nombre des blessures, de leur profondeur, de leur gravité. Dans cette appréciation, que j'avoue être très difficile, le praticien tiendra grand compte de la constitution de l'individu ; il cherchera à évaluer les forces par l'état du pouls, par la perte de sang éprouvée, par la sensibilité que le blessé aura dépensée, par son âge, les privations qu'il aura éprouvées, son état moral; il tiendra compte, comme toujours, des épidémies, etc. Que l'on sache bien, que la douleur épuise plutôt et plus souvent les blessés, que ne le croient généralement les chirurgiens : une amputation, quel que soit la facilité, la rapidité de son exécution, produit toujours un ébranlement de l'organisme, auquel le malade succombera tôt ou tard, si déjà de grandes souffrances ou des hémorrhagies ont eu lieu. La plupart des anciens reculaient, le plus possible, devant les amputations, et coupaient sur le mort, dans la crainte de voir tomber en *défaillance* l'opéré; défaillance, qui pouvait être due à l'hémorrhagie, à l'excès de douleur. Depuis l'invention de Morel, depuis que nous savons nous mettre en garde contre l'hémorrhagie, nous sommes d'une facilité extrême pour les amputations, nous ne tenons pas assez compte de la douleur qui peut tuer aussitôt et aussi bien que l'hémorrhagie. Il y a des pertes nerveuses comme des pertes sanguines.

h. Il est des contre-indications, fournies par la trop grande gravité du mal. Il est vrai que, dans ces cas, si on

n'ampute pas, le malade est voué à une mort certaine. Mais alors, si on ne sauve pas le malade, on ne compromet pas l'honneur de l'art, (ce qui serait bien quelque chose à une époque où il serait souvent compromis); on ne grossit pas encore le chiffre, déjà fort respectable, de nos revers. Ainsi, si deux membres sont brisés au point de nécessiter deux amputations sur le même sujet, doit-on les amputer tous deux, le même jour? Je sais qu'il est des chirurgiens qui répondraient par l'affirmative : ils trouveraient même des faits pour appuyer leur opinion : en principe, je ne pense pas qu'on doive admettre une pareille pratique. Il a été fait des exceptions : ainsi on pourrait amputer les deux mains ou les deux pieds (Velpeau), mais qu'on n'aille pas plus loin, et qu'on ne justifie pas *l'opinion commune, qui veut que les chirurgiens ne demandent qu'à couper, et qu'ils sont au comble de leur joie quand, les ciseaux à la main, ils peuvent tailler en plein drap* (Dionis, pag. 733). J'ai eu à pratiquer une double amputation, pendant que je faisais le service de l'hôpital Necker. C'était sur un ouvrier des chemins de fer; il eut un bras et une cuisse broyés par les wagons. Je désarticulai le bras et amputai la cuisse à la partie moyenne, et cela, dans une seule et très courte séance! laquelle séance restera long-temps gravée dans ma mémoire. Le malade cependant vécut plus de 15 jours; mais j'eus la douleur de le perdre au moment où la cicatrisation allait se compléter sur les deux moignons. L'autopsie cadavérique nous montra une phlébite des veines du moignon.

Les Fistules sont aussi des solutions de continuité, mais d'une espèce différente de celles qui viennent d'être examinées. Ici, souvent on ne réunit pas d'abord, on dilate au contraire, ou même on produit une autre solution de continuité;

c'est donc une espèce de diérèse qui indique la diérèse pour traitement. Mais elle s'exerce plus ou moins loin de la solution de continuité que l'on veut guérir. Je m'explique : dans les cas de fistules urinaires produites par un rétrécissement de l'urèthre, c'est par la dilatation, ou la cautérisation, ou l'incision de ce rétrécissement qu'on guérit la fistule. Ici l'indication première est le rétablissement du canal naturel. Mais il y a quelquefois impossibilité de remplir cette indication ; ainsi dans des cas de fistules du canal de Sténon, on est obligé d'abandonner la partie antérieure de ce canal pour en créer un nouveau : on guérit alors une fistule par une fistule; mais comme la nouvelle conduit la salive où elle doit être naturellement versée, l'opération est rationnelle et généralement admise.

On remplit quelquefois la même indication, quand dans les fistules lacrymales, au lieu de rétablir les fonctions du canal nasal, ont fait éprouver une perte de substance à l'unguis ou au maxillaire supérieur pour faire tomber les larmes dans le méat moyen des fosses nasales ou dans le sinus maxillaire.

Il est des fistules, pour le traitement desquelles on ne peut pas remplir cette indication; ainsi certaines fistules urinaires, celles produites par une perforation du bas-fond de la vessie m'ont mis à même de saisir une indication particulèire. Dans les cas désespérés, quand toutes les autres méthodes ont échoué, je conseille d'oblitérer le vagin, pour que sa paroi postérieure devienne le bas-fond de la vessie. C'est là l'origine de l'autoplastie appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales.

On sait d'ailleurs qu'il est d'autres fistules qui indiquent l'autoplastie ; c'est ainsi que certaines fistules du larynx sont traitées par M. Velpeau.

a. Une question se présente maintenant : Est-ce qu'on

doit opérer toutes les fistules? Est-il convenable de les guérir toutes?

Ici, comme dans toutes les questions de pratique, il faut distinguer: si la fistule occasionne une perte considérable d'une humeur nécessaire à l'entretien de la vie, elle doit toujours être opérée. Telles sont certaines fistules salivaires, certaines fistules stercorales; ces dernières épuisent quelquefois le malade en même temps qu'elles sont un objet de dégoût. Il est des fistules urinaires qui rendent la vie si insupportable qu'une opération même grave semble autorisée.

Mais les fistules qui éconduisent une humeur morbide ne doivent pas toujours être opérées. Ainsi, on dit que si une fistule à l'anus existe depuis long-temps chez un vieillard, pour peu que sa poitrine souffre, que sa tête lui pèse, que ses fonctions digestives soient difficiles; enfin, le moindre dérangement fonctionnel doit, selon des auteurs, commander un refus quelles que soient les instances du malade pour demander l'opération; car, dans les cas de succès en supprimant un exutoire naturel, on pourrait aggraver les symptômes que j'ai indiqués, et voir périr la malade par une lésion de la tête ou de la poitrine. Je vais revenir sur cette contre-indication.

On considère comme moins indiqué encore d'opérer une fistule à l'anus quand existe une lésion viscérale bien constatée, quel que soit l'âge du sujet. Je crois qu'en général, cette question n'a pas été traitée avec assez de soin. Ainsi, on dit qu'il ne faut pas opérer les phthisiques et ceux qui sont menacés de phthisie, car on perd ces malades quand on les opère. D'abord il faudrait s'expliquer, surtout sur ce qu'on entend par sujets menacés de phthisie. Qu'on y réfléchisse bien, souvent ces sujets que vous dites menacés de

phthisie et même phthisiques sont tout simplement des malades très affaiblis par la suppuration abondante qui s'opère aux environs de l'anus.

Ces malheureux toussent, sont essoufflés, ont quelques palpitations. Eh bien ! si vous allez aux renseignemens, vous trouverez quelquefois que leur fistule est antérieure à ces symptômes produits par l'épuisement que vous ferez probablement disparaître, en traitant convenablement la fistule. J'ai opéré, avec succès, en 1833, un malade qui crachait du sang, avait la poitrine très sonore, était fort essoufflé, et de plus, avait une affection nerveuse épileptiforme. M. F. Dubois a vu le malade et a bien voulu me servir d'aide le jour de l'opération. Ce sujet a été guéri de sa fistule, il ne crache plus de sang, et ses attaques se sont singulièrement améliorées. Mais je dois noter, avec soin, que des hémorrhoïdes qui, chez ce malade, n'avaient jamais flué, ont donné d'abord un peu de sang, qu'elles ont flué ensuite périodiquement. Ce fait a déjà été publié. Ici la nature nous fournit une indication, elle nous apprend à remplacer cet écoulement incommode, douloureux, par un autre écoulement plus supportable. Ainsi, chez le sujet dont je viens de parler, le flux hémorrhoïdal mensuel est de beaucoup préférable à un écoulement humoral continuel et aux divers accidens qui se montrent pendant le cours d'une fistule. On dit que les phthisiques que l'on opère d'une fistule à l'anus meurent tous. Mais je demanderai alors ce que deviennent ceux qu'on n'opère pas. A cela, on me répondra ce que j'ai déjà répondu à ceux qui opèrent quand existent des complications nécessairement mortelles. On me dira donc que la mort de ceux qui ne sont pas opérés ne sera pas attribuée au chirurgien, et que la chi-

rurgie aura ainsi des revers de moins à enregistrer. Cet argument a une très grande force, surtout quand il est question des grandes opérations. Ainsi j'ai toujours dit que faire une résection pénible, longue, douloureuse, dangereuse d'une clavicule cariée à un malade qui a les poumons farcis de tubercules, c'était *commettre* une action que rien ne peut justifier, et, en général, je suis opposé à toute opération pratiquée sur des malheureux voués à une mort certaine. Mais pratiquer une simple incision à l'anus, incision qui peut avoir la rapidité de l'éclair, et qu'on peut se permettre sans en avertir le malade, ce n'est pas là faire une grande opération. C'est plutôt un complément du pansement. Je dirai même que cette incision est quelquefois commandée par des clapiers qui se vident difficilement et qui retiennent ainsi une humeur dont la facile issue éviterait des résorptions pouvant aider la phthisie à tuer le malade. Croit-on que s'il était possible d'évacuer facilement et sans danger, les cavernes du poumon, on ne rendrait pas un grand service aux phthisiques ? Hé bien ! il y a aux environs de l'anus de semblables cavernes et la chirurgie vous commande de les vider. Si elles ne sont pas largement ouvertes, il faut nécessairement que vous introduisiez journellement dans ces cavités des corps absorbans ; manœuvre qui, comme on le sait, n'est pas sans douleur. Si, avec l'éponge préparée, vous dilatez l'ouverture extérieure, vous faites souffrir davantage, vous n'avez pas la certitude d'atteindre le point déclive et de vider entièrement les cavernes. On a dit qu'en fermant une fistule à l'anus, on fermait un exutoire naturel. Mais de deux choses l'une, ou la fistule a de grands rapports avec la lésion viscérale, et alors ce n'est pas par une incision que vous la fermerez, ou elle n'a que de faibles rapports, et

alors il n'y a pas grand inconvénient à opérer. Au reste je ne vois pas ce que l'on ferme en pratiquant l'opération de la fistule, on ouvre au contraire une caverne et on la met à la disposition de la nature médicatrice. Si elle est dans de bonnes dispositions, elle guérira; dans le cas contraire, la fistule persistera. On le voit, cette question est plus complexe qu'on ne le pense généralement; cependant réduite à une question de bon sens chirurgical, elle commence à présenter un aspect de simplicité que les praticiens ne manqueront pas de saisir.

b. Une autre question de haute thérapeutique peut être soulevée à propos des fistules. Il en est, par exemple les fistules lacrymales, qui ont été guéries par des moyens médicaux, indirects. Ainsi diète, saignée générale, saignées locales très souvent répétées, vésicatoires, etc. Doit-on en venir à l'opération, après avoir épuisé tous ces moyens, ou l'opération doit-elle avoir la priorité?

Pour répondre, il n'y a qu'à comparer les dangers de l'opération avec ceux du traitement antiphlogistique. Eh! bien, si ce traitement nécessite réellement les pertes de sang que M. Lisfranc a fait éprouver à certains malades de la Pitié, mieux vaut l'opération; elle est certainement moins dangereuse, elle épuise moins le sujet, elle le retient moins longtemps au lit et lui cause moins d'ennui qu'une opération bien faite et par une bonne méthode. Ainsi, on le voit, l'indication des moyens *chirurgicaux* ne se montre pas toujours après qu'on a épuisé inutilement la thérapeutique médicale, car l'opération doit quelquefois être faite avant l'administration du moindre médicament. Dans certains cas de fractures comminutives, l'amputation peut être indiquée avant toute autre médication. Ainsi, l'opération devra avoir le pas sur les

moyens médicaux dans deux cas : Quand ceux-ci sont jugés d'abord insuffisans et quand leur application exige plus de temps et expose à plus de dangers que l'opération elle-même.

§ II. Unions vicieuses, ankyloses, rétractions permanentes.

a. Ces lésions donnent ordinairement lieu à des difformités qui sont congéniales ou acquises. Elles indiquent la *division*. Mais comme une grande partie de ces difformités ne compromettent pas essentiellement la vie, on devra être réservé dans les opérations qu'elles exigent, surtout si celles-ci sont graves par elles-mêmes.

Il est, au contraire, de ces lésions qui indiquent impérieusement l'action chirurgicale, et il faut que les contre-indications soient puissantes pour que le chirurgien s'abstienne. Ce sont 1° les adhérences vicieuses qui oblitérèrent le commencement ou la fin du tube digestif (la bouche ou l'anus), celles qui ferment l'urèthre. 2° Viennent ensuite, les oblitératons du vagin, celles des narines. Pour les difformités suivantes, les indications deviennent moins puissantes, moins pres santes et les contre-indications reprennent au contraire de la force à mesure qu'on passe : 3° des adhérences des paupières de l'oblitération de la pupille, de celle du conduit auditif, 4° aux difformités des membres, à celles des doigts.

Une seule des indications de la première espèce de lésions conduit à une opération très grave ; celle du rétablissement de l'anus ; elle est d'autant plus grave qu'elle doit être pratiquée plus haut. Mais la défécation étant une opération sans laquelle la vie ne peut se continuer, on doit opérer, malgré la rareté des succès obtenus en pareilles circonstances. Cependant, si l'enfant dont l'anus est oblitéré portait un autre vice

de conformation qui ne permît pas la viabilité, le chirurgien devrait s'abstenir.

Les oblitérations du vagin nécessitent des opérations dont l'indication ne se manifeste qu'à l'époque des menstrues. Opérer avant, serait plus difficile et peut-être inutile, car il n'est pas absolument certain que la personne qui porte cette difformité soit menstruée et qu'elle le soit par la matrice. J'ai connu une femme qui avait le vagin oblitéré à-peu-près au milieu de sa hauteur et qui avait pour menstrues des vomissemens de sang périodiques.

b. Les indications relatives aux adhérences des paupières et à l'oblitération de la pupille trouvent des contre-indications. Ainsi, il est inutile de pratiquer une opération sur les paupières pour découvrir un œil inapte à la vision ; à moins qu'on veuille rendre ainsi la difformité moins choquante, ce qui ramenerait cette opération à la classe de celles qui sont purement de luxe et dont on doit s'abstenir autant que possible. La pupille artificielle, surtout, n'est réellement indiquée que quand existent dans l'œil des conditions de vitalité qui peuvent lui permettre de profiter de la lumière qu'on va lui donner. Tout œil qui ne peut distinguer les ténèbres de la lumière offre, par cela même, une contre-indication à l'opération de la pupille artificielle, car il existe alors une lésion des nerfs de l'œil ou du cerveau qui empêche l'accomplissement de la sensation ; l'œil, comme instrument, ne peut voir, ce n'est là que la partie physique de la fonction. Toutes les fenêtres que vous pratiquerez à l'iris ne feront rien voir s'il n'y a rien pour percevoir la lumière, pour regarder.

Il y a aussi contre-indication à l'opération de la pupille artificielle, quand reste un œil capable de voir ; car cette

opération artificielle n'est ni assez innocente, ni assez facile à réussir, pour qu'on la tente sans une absolue nécessité. D'ailleurs, il n'est pas sans exemple qu'une opération pratiquée sur un œil ait fait éclater dans cet œil et dans son congénère, une inflammation qui les a perdus tous deux.

c. Dans ces derniers temps, on s'est beaucoup occupé du traitement des ankyloses, des rétractions musculaires et tendineuses, enfin des difformités. Sans réfléchir que souvent les ankyloses constituaient des guérisons heureuses achetées par de longues souffrances et des dangers réels, on a soumis les malades à de nouvelles souffrances, à des dangers encore plus graves. Je n'ai pas besoin de dire ici que jamais, pour moi, il n'y aura indication de briser les liens articulaires pour guérir une ankylose. Ce qui m'étonne, ce n'est pas qu'un homme obscur ait pu inventer un pareil supplice, mais c'est que les exécutions aient eu lieu à Paris, sous les yeux et avec la permission de plusieurs autorités chirurgicales de cette ville ! Les amputations ont été aussi proposées contre les difformités : ce sont alors des amputations dites de *complaisance*. Je crois, qu'en général, elles sont contre-indiquées, et, selon moi, on ne doit pas se borner à détourner le malade par le tableau des dangers auxquels il s'expose en subissant une grande amputation; on doit toujours refuser. Selon un auteur recommandable, en adoptant ce principe, on ne devrait alors jamais toucher aux loupes, car elles ne sont que très rarement dangereuses, et leur extirpation peut causer des accidens mortels. Je me permettrai de faire remarquer très respectueusement à ce chirurgien distingué, qu'il y a une grande différence entre l'extirpation de certaines loupes et une amputation. Celle-ci est toujours une opération grave ; il y a toujours de gros vais-

seaux, de gros nerfs divisés, un os scié, ou dont les surfaces articulaires sont mises à nu ; d'où naissent des causes de grands accidens : tandis que dans l'extirpation d'une loupe, on peut n'avoir aucun vaisseau, aucun nerf important à léser, on ne fait la section d'aucune partie du squelette. Quand ces tumeurs sont profondes, qu'elles ont des rapports étroits avec des organes importans, l'opération peut être très grave ; mais alors, précisément, la lésion est compromettante pour la vie, l'opération est de nécessité, et le praticien, d'ailleurs, ne l'entreprendra que quand il pourra penser que, par son développement ou sa dégénérescence, cette tumeur pourra mettre la vie en danger. Mais alors ce n'est plus là une opération de complaisance, c'est une opération *nécessaire* qu'on ne peut comparer qu'aux amputations *nécessaires*. Ainsi, ici encore, il faut distinguer, si on veut s'entendre. Le bec-de-lièvre est souvent une opération de complaisance ; car, quand il est simple, ce n'est qu'une légère difformité. Cependant, le praticien le plus réservé ne refuse jamais une pareille opération, tandis qu'il s'abstiendra toujours de pratiquer une amputation pour une difformité, et cela parce que l'opération du bec-de-lièvre n'est nullement dangereuse, parce qu'au lieu de laisser une mutilation, elle corrige une difformité. Ainsi, ne confondons pas, si nous voulons rester dans le vrai et l'utile.

Les exemples de malheurs arrivés après les amputations de complaisance sont trop nombreux pour les rapporter ici : l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, la Charité, tous les hôpitaux conservent de tristes souvenirs de l'erreur, de la faiblesse, ou de la complaisance des chirurgiens. Quel est l'opérateur qui, ayant long-temps exercé, n'a à se reprocher aucune faute de ce genre? Dupuytren lui-même a été quelquefois faible et

complaisant ! Dans ses leçons orales (tome 2), il met en scène Pelletan et un de ses amputés qui, au moment de mourir, rassembla le reste de ses forces pour lui reprocher amèrement la faiblesse qu'il avait eue de céder à ses instances.

Il a été fait des exceptions en faveur des petites amputations, celles des doigts et des orteils. Ces organes peuvent être quelquefois tellement déviés et ankylosés que leur présence est non-seulement désagréable, mais devient encore une cause de douleur, de gêne. Il est des doigts qui privent les ouvriers de travailler ; il est des orteils qui empêchent, entravent la marche ; alors des praticiens très estimés se décident à l'amputation. Sur dix-sept opérations on compte quinze succès. J'avoue que, pour ma part, les deux insuccès me paraissent bien contrebalancer les guérisons. Je me rappelle avoir refusé d'amputer un doigt à un ouvrier, qui trouva le lendemain un chirurgien plus complaisant. Cinq jours après, ce malheureux n'était plus. Il était père de trois enfans !

« Une jeune paysanne entre à la Charité pour se faire en-« lever l'indicateur gauche, qui est renversé, collé sur le dos « du métacarpe. Elle meurt de phlébite et de péritonite « purulente le huitième jour après l'opération (Velpeau, « *méd. op.*). » Je ne blâme pas absolument les chirurgiens qui coupent des doigts et des orteils par complaisance. Mais je déclare que je m'en abstiendrai toujours. Quand on se décide à pratiquer l'amputation des doigts ou des orteils, il faut s'éloigner le plus possible de la main ou du pied. Il y a une grande différence, pour le danger, entre l'amputation d'un doigt ou d'un orteil dans l'articulation d'une phalange avec une autre phalange, et l'amputation dans l'articulation de la première phalange avec les os du métacarpe ou du métatarse.

Ainsi je suis complètement opposé aux grandes opérations pratiquées pour des difformités et je n'approuve pas davantage les résections osseuses pour remédier à ces lésions.

e. Mais il est un ordre d'opérations qui n'étant pas placées sur la même ligne de gravité trouvent une foule d'applications. Si par une simple incision, soit de la peau ou d'une cicatrice, soit d'un tendon ou d'un muscle, soit même d'un ligament, on peut guérir une difformité, cette incision bien faite, n'exposant, dans le plus grand nombre des cas, à aucun danger, devra être autorisée ; on comprend sous le nom de *ténotomie* la plupart de ces opérations.

J'ai dit tantôt que l'ankylose était un mode de guérison qu'il fallait respecter ; il le faut, en effet, dans le plus grand nombre des cas ; mais il est de ces difformités qu'on peut chercher à guérir, si l'opération nécessitée pour cela n'est pas grave. Si on voulait creuser la question des indications thérapeutiques dans les cas d'ankyloses, il faudrait en établir d'abord deux classes : 1° Ankyloses *intra-capsulaires* ; 2° ankyloses *extra-capsulaires*. Les premières sont formées par des adhérences de la synoviale, par des soudures des extrémités articulaires. Il est toujours imprudent d'y toucher. Ce sont ordinairement des résultats d'une maladie profonde, grave, qui a intéressé la synoviale, les os. L'ankylose est alors un bienfait qu'il ne faut ni méconnaître ni compromettre.

La seconde catégorie d'ankyloses est ordinairement formée par des rétractions des muscles, des tendons ou des ligamens en rapport avec l'articulation. Ici la ténotomie peut être applicable. En coupant les organes rétractés, on donne du jeu à l'articulation ; bien entendu, quand ce jeu est seulement empêché par les parties extrinsèques de l'articulation. Mais plus les liens, les organes à diviser seront nombreux,

considérables, moins il y aura de chances pour un succès complet, car, de deux choses l'une, ou l'incision faite à ces organes se réunit presque immédiatement par une substance intermédiaire très courte, ou bien reste entre les deux bouts du lien divisé un espace plus ou moins considérable, dans lequel se forme un tissu nouveau, qui n'aura jamais la résistance du tissu divisé. Dans le premier cas, l'ankylose se reproduira ; dans le second cas, il y aura un relâchement de l'articulation, qui l'empêchera de remplir complètement ses fonctions. On pourra répondre que je fais-là de l'analogie ou une hypothèse ; c'est possible : mais cette hypothèse pourrait bien changer de caractère et devenir un fait. La ténotomie *comme méthode opératoire* est née de nos jours ; elle en est à ses promesses, à ses essais ; ils sont hardis, brillans, très nombreux ; mais, par cela même, nous sommes encore loin de savoir son dernier mot. On peut déjà dire cependant que cette opération exécutée dans des circonstances favorables, par les bonnes méthodes, est, dans le plus grand nombre des cas, peu douloureuse et complètement innocente. Quant à sa valeur thérapeutique, et à l'établissement d'une opinion très arrêtée, sur ce point, les faits nécessaires manquent, cachent peut-être quelques-uns de leurs côtés. Enfin, ils ne sont encore complètement dans le domaine de la science. Je ne puis donc en profiter ici. Cependant j'oserai dire que si on ne veut pas compromettre une méthode qui honore notre époque et surtout notre pays, on fera bien d'être un peu plus difficile dans le choix des cas ; on devra voir un peu moins d'indications et un peu plus de contre-indications. « Il est rarement nécessaire et souvent dangereux de chercher des indications, quand il ne s'en présente pas, on s'expose à en trouver d'imaginaires. » (Chomel, *Path. générale.*)

Dans les rétractions, surtout dans les rétractions anciennes, la lésion n'a pas toujours commencé par l'organe rétracté; le tendon, le muscle ne se rétractent quelquefois qu'après une déformation osseuse; le strabisme peut être dû à une maladie incurable du globe oculaire; même, quand la rétraction musculaire ou tendineuse est primitive, si elle persiste long-temps, elle amène dans la partie déformée ou l'organe dévié des modifications dans les ligamens, les muscles, les os, le système nerveux, contre lesquelles la ténotomie est impuissante. Il est des lésions de la structure de l'œil auxquelles sont dus certains strabismes qu'on ne guérira jamais par la ténotomie. Je sais parfaitement qu'il est des yeux affaiblis par la déviation oculaire et qui reprennent toute leur puissance visuelle quand on les place dans des conditions favorables à l'exercice de leur fonction; je connais ces cas, ils sont favorables à la ténotomie, et comme je ne suis pas ici pour la déprimer, mais pour l'apprécier, ces faits je ne les cache pas, je les produits au contraire avec bonheur. Mais je voudrais dans l'intérêt de la science que les faits contraires fussent mis dans le même jour par ceux qui peuvent les possèder. On ne sait pas tout le mal qu'on fait à une méthode, en parlant de son infaillibilité.

Ce ne sont pas seulement les articulations qui correspondent directement aux organes rétractés qui subissent des modifications dans leur direction, leur conformation, leur structure; les autres articulations du membre en éprouvent quelquefois de très importantes. Ainsi, à la suite d'un pied-bot équin ancien, quelquefois la jambe, la cuisse se fixent dans une légère flexion qui raccourcit le membre; alors quand le pied est redressé, par la ténotomie, le membre est plus court, car toute la partie du pied dont le grand axe se confondait avec

celui de la jambe, est devenue horizontale. Le malade alors très boiteux et se repent beaucoup d'avoir subi une opération, surtout quand il en a souffert et qu'elle l'a exposé à de vrais dangers. Des faits de cette nature commencent à paraître au grand jour. Ce seraient les sujets jeunes et, en général, les rétractions qui ne sont pas trop anciennes, qui offriraient le plus de chances de succès à la ténotomie.

On répond, qu'à cet âge, les moyens orthopédiques bien dirigés auraient le même succès que la ténotomie. Mais on réplique alors qu'il est évident que ce traitement orthopédique serait plus long, imparfait, et qu'il pourrait mettre obstacle au développement naturel de l'enfant. En parlant de la ténotomie appliquée au traitement des ankyloses, j'ai fait des remarques trouvent ici une nouvelle application. Si la cicatrice des deux bouts de l'organe divisé est trop courte, la rétraction se repro-qui duira ; s'il y a un tissu intermédiaire étendu, la force de l'organe sera diminuée, le membre opéré ne pourra rentrer dans l'exercice complet de ses fonctions et sera certainement beaucoup plus faible. Après l'opération du strabisme, par section des muscles, la substance intermédiaire aux deux bouts du muscle divisé sera très peu considérable, elle aura une certaine étendue ou bien l'adhérence de l'un des bouts du muscle à la sclérotique se fera mal. Il pourra donc y avoir récidive ou absence du mouvement du côté du muscle opéré, et dans ce dernier cas, le malade pourrait bien échanger un regard par trop oblique contre un regard légèrement stupide. M. J. Guérin a vu ces imperfections et sa méthode, selon lui, les fait disparaître. Je répète que les faits pour juger complètement de pareilles questions ne sont pas encore assez connus ou qu'ils n'ont pas acquis le degré de maturité que la science exige.

§ III. **Déplacemens.**

a. Un déplacement indique la *réduction*. On réduit, en effet, une hernie, une luxation ; mais on ne doit pas et on ne peut pas réduire toutes les hernies, toutes les luxations. Les contre-indications viennent, le plus souvent, de l'ancienneté de la maladie; on les trouve ou à la nouvelle place occupée par l'organe déplacé, ou à la place que la nature lui avait assignée; car sur un de ces points, souvent sur les deux, se sont opérées des modifications qui ne peuvent plus permettre le rétablissement des rapports primitifs. Ainsi, l'ancienne cavité se rétrécit, s'efface quelquefois en grande partie ; elle ne peut donc plus contenir convenablement l'organe qui l'a abandonnée. Celui-ci, d'ailleurs, a contracté, dans l'ancienne cavité, des liens qu'il faudrait rompre. Ainsi, on sait qu'il est des hernies irréductibles par l'adhérence des organes herniés avec le sac. Il s'est opéré aussi des changemens dans l'organe déplacé, qui le forcent à rester où l'accident l'a porté et à renoncer à son ancienne position, surtout quand son absence a été longue, prolongée. Ainsi, l'épiploon déplacé peut subir une hypertrophie qui le met dans l'impossibilité de rentrer dans le ventre et de s'y maintenir.

Si vous usez de violence vous pourrez, à la rigueur, parvenir à réduire des déplacemens jugés irréductibles par des praticiens sages, et vous vanter de quelques succès que vous leur aurez ravis ; mais, si un jour, vous venez à compter avec votre conscience, pour peu que votre mémoire soit fidèle, il vous sera reproché des gangrènes, des inflammations graves, des ruptures de muscles, de tendons, des déchirures de ligamens, de vaisseaux, de nerfs, des brisures des os même les plus solides ; enfin, des accidens très souvent mortels.

Après une réduction *forcée* de l'humérus, expliquer par une congestion cérébrale une mort qui a suivi immédiatement les manœuvres, ce n'est pas se justifier, c'est ajouter un mensonge à une mauvaise action.

Les dangers d'une réduction *forcée* ne sont pas tous là ; il en est qui sont dus aux nouveaux rapports établis par l'organe réduit. Ainsi, après la réduction de certaines hernies, surviennent des coliques, des accidens du côté de l'abdomen, qui obligent le chirurgien à reproduire le déplacement. Dans les hernies de l'encéphale les manœuvres de réduction donnent lieu souvent à des symptômes de compression cérébrale qui doivent arrêter la main du chirurgien.

b. Il est rare qu'une maladie ne présente qu'une indication. Ici l'indication principale étant impossible à remplir, il faut saisir l'indication secondaire. Par des bandages, des appareils, on peut soutenir, protéger les organes déplacés, les mettre dans les conditions les moins défavorables à l'accomplissement de leurs fonctions. Pour les hernies irréductibles, il y a des modifications à apporter à la pelotte du brayer. D'ailleurs le temps qui est une cause d'irréductibilité peut aussi amener des modifications dans les rapports de l'organe déplacé, qui lui permettent de reprendre ses fonctions, non pas en totalité et dans toute leur perfection, mais à des degrés suffisans pour que le malade utilise encore cette partie. Ainsi, il n'est pas rare de voir des malades finir par se servir très bien d'un bras luxé dont la réduction n'a pas été opérée. M. J. Cloquet citait un sujet qui se faisait la barbe avec un bras anciennement luxé et qui n'avait pas été réduit. L'individu qui a une luxation irréductible du fémur commence à marcher avec des béquilles, puis avec des bâtons qu'il finit par quitter aussi.

§ IV. Rétentions.

a. Les rétentions indiquent *l'évacuation.* Des humeurs, des matières excrémentitielles peuvent être retenues dans leurs réservoirs, leurs canaux naturels, ou dans le tissu cellulaire. De la sérosité s'accumule dans les séreuses, les synoviales, le tissu cellulaire; des kystes, des humeurs morbides, du sang forment aussi des foyers, des tumeurs. En général, ces rétentions indiquent une opération qui consiste à évacuer les matières retenues. Mais l'indication n'est pas également pressante, urgente; et souvent après avoir obéi à la première indication, celle d'évacuer, surgit une autre indication, celle d'empêcher une nouvelle accumulation.

b. Les rétentions qui présentent l'indication la plus pressante, la plus nette, sont celles des humeurs, des matières excrémentitielles. Ainsi, rien de plus urgent que l'indication, dans un cas de rétention d'urine. Il n'y a pas de douleur, quelle que soit son atrocité, qui puisse être comparée aux angoisses du malheureux qui a la vessie pleine et qui ne peut uriner. L'indication la plus naturelle ici est de vider la vessie par l'urèthre. On y parvient presque toujours, quand on joint à la connaissance des bonnes méthodes une certaine habileté pour les appliquer. Si la voie normale ne peut être ouverte, on en pratiquera une accidentelle; et dans le choix du procédé, on devra préférer celui qui se rapprochera le plus de la méthode naturelle. On optera donc pour la *boutonnière.*

c. La rétention des matières fécales cause aussi les accidens les plus redoutables, et jette bientôt le malade dans une grande prostration. Ces rétentions peuvent être dues à

un état du canal digestif lui-même (*invaginations*), aux anneaux dans lesquels il s'engage en se déplaçant, et à d'autres circonstances que je ne puis apprécier ici (*étranglemens herniaires*); elle peut être due aussi à un endurcissement des matières fécales, à un corps étranger, etc. L'indication est encore très pressante; il faut rétablir le cours des matières fécales. Je ne puis poser en principe d'ouvrir le ventre pour aller à la recherche d'un étranglement interne, d'une invagination pour les détruire. Quand il y a réellement étranglement herniaire, on devra se hâter de le lever par l'opération du débridement. Cependant, avant d'en venir à cette opération qui peut compter parmi celles qui sont graves, on fera bien d'employer avec vigueur, avec célérité, les antiphlogistiques les plus énergiques dans le but d'opérer une détente qui favorisera le taxis qu'on devra suffisamment continuer, mais qui ne sera jamais *forcé*. On pourrait quelquefois faciliter la réduction en introduisant par le rectum une grande sonde en gomme élastique qui favoriserait l'expulsion des gaz et de quelques matières fécales liquides.

Les matières fécales retenues dans le rectum sont accessibles aux instrumens, aux doigts introduits par l'anus; quelquefois ces matières sont endurcies au point de simuler des calculs. On extraira aussi les corps étrangers venus de dehors qui peuvent empêcher la défécation.

Il y a une observation à faire ici, également applicable à toutes les grandes évacuations produites par le chirurgien: c'est que, si elles sont très promptes et complètes, elles peuvent jeter le malade dans un état de prostration dont on le relèvera difficilement. Il pourra même mourir subitement. Je me rappellerai long-temps un vieux malade de la Cha-

rité, qui avait une rétention d'urine; la vessie était dilatée au point de dépasser l'ombilic. Je remplaçais alors M. le professeur Velpeau. Des médecins de la ville et des élèves de la Charité avaient inutilement tenté le cathétérisme chez ce malade; ils n'avaient pu parvenir dans la vessie. J'y parvins, et cela en présence d'une multitude d'élèves. J'avoue que je ne fus pas peu flatté de voir couler l'urine par la sonde : il en coula beaucoup, il en coula malheureusement trop, car, après avoir complètement vidé cette énorme vessie, mon malade tomba dans un colapsus profond et s'éteignit peu de temps après avoir été transporté à son lit.

Pendant un de mes voyages dans ma ville natale, j'eus un succès qui n'eut pas plus de durée que le précédent et qui finit d'une manière aussi triste. Un ancien marin avait une hernie très volumineuse qui s'engoua. Il éprouvait des vomissemens, était constipé et souffrait beaucoup du ventre. Je parvins à réduire sa hernie; mais les selles ne se rétablissaient pas, ce qui m'inquiétait beaucoup. Après avoir réfléchi à la cause du retard des selles, j'imaginai d'explorer le rectum, et je le trouvai rempli de matières fécales très endurcies. J'en fis l'extraction. Ces matières une fois enlevées, les selles vinrent avec une très grande abondance et une très grande rapidité, ce qui me faisait espérer; mais quelques heures après, on vint m'annoncer la mort de mon malade.

De ces deux faits, et de bien d'autres connus des chirurgiens qui ont été à même d'observer long-temps, on peut déduire cette règle pratique : Qu'il ne faut pas, surtout chez les vieillards, évacuer en une seule séance les matières trop long-temps retenues, quand elles sont en très grande quantité. On le peut pour l'urine, pour d'autres cas de réten-

tion; mais comment arrêter une débâcle comme celle qui eut lieu à la suite de l'extraction des matières fécales endurcies dans le rectum du marin dont il vient d'être question?

Quand on a rempli la première, *la principale* indication, celle de lever l'obstacle à l'expulsion d'une matière quelconque, reste une seconde indication qui a aussi une grande importance, c'est de chercher à empêcher une autre accumulation. Ainsi, on laissera d'abord une sonde dans l'urèthre et on traitera plus tard la cause de la rétention d'urine; on entretiendra la liberté du ventre, on contiendra la hernie, etc., pour les cas d'accumulation de matières fécales; pour les cas d'accumulation de liquides dans des cavités normales ou anormales, on modifiera la vitalité de cette cavité : il faudra chercher quelquefois à l'effacer; c'est ce qu'on fait pour l'hydrocèle, pour certains kystes, pour les poches purulentes.

d. Mais toutes les rétentions indiquent-elles une opération? Oui, toutes celles qui donnent lieu à des accidens promptement graves, quand les matières accumulées pourraient causer de graves accidens par leur infiltration dans le tissu cellulaire ou par la compression; quand l'opération n'est pas encore plus directement dangereuse que la maladie qui la réclame. Ainsi les rétentions d'urine, les rétentions de matières fécales, les abcès, qui reconnaissent pour cause l'urine ou ces matières.

La nature de la matière accumulée peut donc indiquer une opération prompte, essentielle, permettre commander même une temporisation; ainsi souvent une accumulation de sang n'indique pas une opération prompte, et il est certain qu'on ne doit pas ouvrir un anévrysme.

Le siége de la collection peut fournir une indication.

Ainsi un abcès sous-aponévrotique devra être promptement ouvert, tandis qu'on peut temporiser pour un abcès peu étendu qui sera sous-cutané ; dans les abcès glandulaires, on fera bien de s'abstenir de toute opération.

§. V. Corps étrangers.

a. Les corps étrangers viennent de dehors, ou sont le produit d'un acte morbide ou de la désorganisation d'une partie de l'organisme.

L'indication de la première classe de corps étrangers est précise, parfaitement simple, c'est l'extraction. Après avoir rempli cette indication, il peut cependant s'en présenter une autre fournie par les désordres occasionés, dus à la présence ou à l'introduction des corps étrangers.

Pour ces corps formés dans l'organisme, il est rare que l'indication soit simple. Le plus souvent, l'extraction ne suffit pas, il faut agir sur les causes qui ont produit les corps étrangers, lesquels se renouvelleront sans cesse, si on ne parvient à remplir cette seconde indication qui est des plus importantes. Ainsi les fausses membranes du croup sont de véritables corps étrangers ; eh bien ! la trachéotomie, qui est ici quelquefois indiquée, ne réussira pas si la modification pathologique qui produit les fausses membranes, n'est pas enrayée. D'ailleurs, dans le croup, l'obstacle à l'introduction de l'air dans les poumons ne vient pas toujours de la présence seule des fausses membranes, il y a quelquefois un état de spasme qui est pour beaucoup dans la suffocation. On le voit, les indications médicales se présentent ici avec les indications chirurgicales, et montrent combien il est nécessaire au chirurgien de voir autre chose, dans les maladies, que leur aspect matériel.

Par la taille on extrait bien les calculs contenus dans la vessie. Mais cette opération ne peut rien contre l'affection calculeuse, je voudrais pouvoir dire contre la diathèse, laquelle présente des indications particulières. Elle indique de nous adresser aux reins, ou même à tout l'organisme, pour tarir la source des calculs. Il est beaucoup plus facile de saisir que de satisfaire de pareilles indications.

La nature, la forme, le volume des corps étrangers, leur siège modifient les indications et peuvent faire naître des contre-indications. Ainsi les grains de plomb de chasse peuvent rester parfaitement innocens pendant long-temps, toujours même, dans les muscles des membres, dans les parois du crâne. Il est même des balles fichées dans nos tissus qui y sont restées toujours innocentes.

b. Les corps étrangers n'ont pas la même innocuité quand ils sont volumineux, en grand nombre, et quand surtout ils sont en rapport avec des organes qui jouent les principaux rôles dans l'économie ; ainsi les corps étrangers qui pèsent sur le cerveau, ceux des voies aériennes, ceux de l'œsophage,

L'indication est ici puissante, cependant à des degrés différens, selon la nature du corps étranger. Ainsi le sang épanché entre la dure-mère et le crâne comprime compromet moins le cerveau qu'une esquille dirigée sur cet organe. Ce sont deux cas de trépan, mais le second est plus positif, plus urgent; non-seulement la compression de l'esquille est plus dangereuse, mais elle ne peut être levée que par une opération ; tandis, qu'à la rigueur, on peut concevoir l'absorption du sang épanché par les efforts seuls de la nature, ou avec l'aide des moyens médicaux.

c. Les corps étrangers de la trachée, de l'œsophage sont de nature très différente. Il en est qui subissent des modifica-

tions par leur séjour dans ces organes. Quelques-uns se fondent et sortent détruits par les humidités de la muqueuse ; ainsi des fragmens de sucre. Il en est, au contraire, qui augmentent de volume par leur séjour dans les organes, comme les haricots et les pois. La nature de ces corps modifie donc l'indication. Dans le premier cas, elle est bien moins urgente. On peut même se dispenser de tenter une opération et attendre la fonte du corps étranger ; dans le second cas, au contraire, on se hâtera de l'extraire, quand les symptômes de suffocation seront marqués.

L'observation de la marche, suivie par la nature, pour l'expulsion des corps étrangers, peut fournir de précieuses indications au chirurgien. La nature a des procédés qu'il faut savoir apprécier pour régler ceux que la chirurgie nous enseigne. Des exemples bien remarquables sont ceux fournis par l'histoire des corps étrangers de l'œsophage.

Abandonnés aux seuls efforts de la nature, voici ce qu'ils deviennent : « 1° ils sont rejetés par le vomissement ; 2° complètement avalés; ils parviennent à l'estomac, et cela de deux manières : peu de temps après leur introduction par les efforts de déglutition ou bien après la chute de l'inflammation, quand le gonflement a cessé et que la suppuration ou une sécrétion abondante de la muqueuse œsophagienne ont favorisé le glissement, la chute du corps dans l'estomac ; 3° le corps étranger s'ouvre une nouvelle voie par l'inflammation ulcérative. Il va dans le tissu cellulaire former un abcès, lequel est percé sur un point de la peau plus ou moins éloigné de l'œsophage, et avec le pus, le corps étranger est éliminé ; 4° au lieu de suivre cette voie, il peut passer de l'œsophage dans un autre conduit : des voies digestives, il passera, par exemple, dans les voies de la respiration ou de

la circulation. Ainsi, Dupuytren a vu un corps étranger de l'œsophage passer dans la trachée. M. Bernest a observé la perforation de l'artère pulmonaire. MM. Laurencin et Leger parlent du même accident arrivé à l'aorte (1); 5° les corps étrangers volumineux produisent une prompte suffocation quand ils sont à l'embouchure de l'œsophage, car alors ils compriment l'entrée du larynx, et la suffocation a lieu. Elle est moins prompte, mais non moins sûre quand un corps étranger volumineux déjà engagé dans l'œsophage, comprime fortement le conduit aérien; 6° on n'oubliera pas que l'inflammation du tissu cellulaire profond du cou, déterminée par le corps étranger, peut, à elle seule, tuer le malade, et qu'il n'est pas sans exemple que des congestions cérébrale aient été produites par un corps étranger très volumineux comprimant les vaisseaux du cou. »

« Les partisans de la temporisation, ceux surtout qui s'opposent à l'œsophagotomie puisent leurs argumens dans les trois premières éventualités. Les chirurgiens qui préfèrent une pratique plus active opposent les deux dernières qui sont des accidens. Le praticien de notre époque qui s'est le plus occupé de cette question est partisan de l'œsophagotomie. M. Bégin, auteur d'un travail important sur cette opération, « sans faire de grands frais d'érudition, a rassemblé plus de vingt cas de mort récemment observés dans l'armée, sans qu'un seul exemple de guérison établisse la moindre compensation en faveur de l'inaction. » (V. *Élémens de chirurgie*, par M. Bégin).

La médecine opératoire possède trois procédés pour débarrasser l'œsophage d'un corps étranger, ils correspondent

(1) *Journal hebdomadaire*, t. II, p. 93, 124.

aux trois premières éventualités dont il vient d'être question,

1° *Extraction par la bouche.* — Ce procédé correspond au vomissement.

2° *Propulsion.* — Le corps étranger est poussé vers l'estomac, c'est une déglutition forcée.

3° *Œsophagotomie.* — C'est l'extraction par une voie accidentelle. Le bistouri ouvre la voie d'élimination, laquelle est tracée par l'ulcération, quand c'est la nature qui fait tous les frais.

d. Dans le plus grand nombre des cas, mieux vaut faire sortir le corps étranger par la voie qu'il a suivie en entrant, ou par la voie naturelle. Ainsi, il est plus rationnel d'extraire les corps étrangers de l'œsophage par la bouche, et ceux de la vessie par l'urèthre. Mais il y a quelquefois impossibilité d'agir ainsi. Il faudrait qu'un calcul fût bien petit, pour que la voie offerte par l'urèthre pût suffire à son élimination. Alors se présentent deux autres indications : diviser les tissus ou diviser le calcul. Sur ces deux données reposent deux méthodes rivales, la taille et la lithotritie. Quelquefois on est obligé de remplir en même temps ces deux indications. Ainsi, dans les cas de calculs très volumineux, après avoir fait la taille, on a voulu diviser le calcul pour faciliter son extraction. Dans les cas de séquestre volumineux, après avoir incisé les tissus qui le recouvraient, Dupuytren divisa la portion d'os devenue corps étranger, avec un instrument analogue à ceux des lithotriteurs, et en fit l'extraction partielle ; ce qui nécessita de moins grandes incisions et causa moins de désordre.

Quelquefois, au lieu d'extraire un corps étranger, il se présente une autre indication, c'est celle de le faire changer de place, pour le mettre dans des circonstances favorables à une espèce de digestion. Ainsi, nous avons vu qu'il est quel-

quefois indiqué de déplacer le corps étranger de l'œsophage pour le faire tomber dans l'estomac, afin de le soumettre à l'action de cet organe, qui le fera souvent disparaître en le digérant. Comme on le pense bien, il serait dangereux de déplacer ainsi tous les corps étrangers; on peut bien le faire pour des matières alimentaires, qui, par leur forme, leur souplesse et leur digestibilité favorisent et rendent rationnelle *la propulsion*. Mais, quand il s'agit d'un corps étranger métallique ou d'un os, l'extraction vaut mieux. Les corps étrangers qui se forment dans l'œil, la cataracte offre aussi cette double indication. On l'extrait ou on la déplace, pour lui faire subir une espèce de digestion. Quelquefois même le corps étranger est broyé, et, sans être déplacé, il est dépouillé des élémens qui le font vivre; il est donc neutralisé sur place. Ici se présentent la méthode du broïement et le procédé Furnari. Je répéterai ce que j'ai dit pour les corps étrangers de l'œsophage. Toutes les cataractes ne sont pas également digérées. Il est d'autres circonstances, qui tiennent à la nature, à la conformation, à l'état de l'œil, qui indiquent de suivre plutôt l'indication qui veut extraire, que celle qui commande de déplacer. En parlant de l'opération de la pupille artificielle, j'ai dit qu'il serait parfaitement inutile de réparer l'œil comme instrument, si, comme organe de sensation, il était inhabile à fonctionner. Ainsi, si l'innervation est en mauvais état, si, derrière le voile formé par la cataracte il n'y a rien pour voir ou regarder, qu'importe que vous déchiriez ou que vous enleviez ce voile, et que vous donniez la lumière à un organe qui ne peut plus se mettre en rapport avec elle. On a bien dit que l'excitation produite par l'opération de la cataracte guérirait l'amaurose. Mais il n'y a que les opérateurs à tout prix qui soutiendraient cela. Quel-

quefois, au lieu d'extraire d'un seul coup le corps étranger, on l'arrête à moitié chemin, on lui fait subir d'abord une espèce de *demi-déportation*; après un certain temps on l'élimine complètement : c'est alors là une opération *en deux temps*. Cette méthode vient d'être appliquée par M. Goyrand, à l'extraction des corps étrangers des articulations.

e. Il est des contre-indications, à l'extraction qui sont fournies par le siège, par la nature, la gravité des désordres produits par la présence des corps étrangers dans nos tissus. Ainsi il serait plus prudent de laisser un corps étranger dans la profondeur de la masse encéphalique que d'aller à sa recherche par des manœuvres fort dangereuses ; lesquelles ne donneraient pas toujours la certitude de trouver le corps étranger, encore moins celle d'une guérison. Il serait parfaitement inutile et dangereux d'aller à la recherche d'un plomb de chasse introduit dans le fond de l'œil ; d'abord parce que cet organe est alors déjà perdu, ensuite parce que s'il ne l'était pas encore l'opération nécessaire à l'extraction du plomb troublerait ses milieux au point de rendre la vision impossible. Parmi les corps étrangers de l'œil qui viennent de dehors il n'y a que ceux qui offrent une prise au dehors et ceux de la chambre antérieure qui doivent être extraits.

Pour ce qui est des désordres occasionés par la présence des corps étrangers, on en a des exemples frappans dans l'histoire des calculs urinaires. Par leur séjour très long-temps continué, leur nombre, leur volume, ils peuvent amener de telles détériorations dans l'appareil urinaire que, même après l'extraction la plus complète, la mieux faite de ces corps, la continuation de la vie est impossible. D'ailleurs il n'est pas rare de trouver des calculs dans les reins quand il y en a dans la vessie, car trop souvent la source, la carrière est

dans les reins. Eh bien ! alors, quels résultats satisfaisans peuvent avoir la taille ou la lithotritie ? Un confrère fort obligeant, qui se connaissait en calculs et en calculeux, voulut bien m'offrir l'occasion de pratiquer ma méthode de tailler. Il me donna un sujet qui avait un gros calcul dans la vessie. Mais comme il y avait, en même temps, émaciation considérable de tout le corps, une infiltration d'une cuisse et des douleurs violentes dans les reins, je remerciai le confrère, je résistai aux sollicitations de la femme de ce malheureux et au désir bien naturel pour un auteur d'employer une méthode qu'il croit bonne. Le malade mourut bientôt avec son calcul. L'autopsie nous montra une désorganisation des plus complètes de la vessie et des calculs dans un rein, une altération profonde de cet organe et une suppuration du tissu cellulaire du bassin. Si j'avais opéré ce malade, il serait mort encore plus tôt, il eût souffert davantage et le chiffre des insuccès de la taille eût été augmenté. Ce fait est encore un de ceux qui prouvent que la gravité de l'affection est quelquefois une contre-indication. Ici, il n'y avait pas contre-indication mais corrépugnance, c'est-à-dire, deux fois contre-indication. J'aurais donc fait deux fautes en opérant.

SECTION DEUXIÈME.

Lésions organiques.

a. Ce sont des lésions de nutrition qui, comme le dit M. le prof. Andral (1), 1° changent le nombre des molécules d'un tissu ; 2° changent leur consistance ; 3° changent la nature des molécules.

Ces modifications nutritives forment la plupart des tu-

(1) *Anatomie pathologique.*

meurs, maladies que le chirurgien est si souvent appelé à traiter et qui sont quelquefois d'un diagnostic si difficile. En pratique, il est très utile d'établir deux classes parmi ces tumeurs; les unes seront *bénignes* les autres *malignes*.

b. Les *tumeurs bénignes* sont dues à des changemens dans le nombre, la consistance des mollécules d'un tissu. Ce sont des hypertrophies, des indurations simples, ou bien des transformations qui répètent des tissus existant déjà dans l'économie. Ces tumeurs n'ont pas ordinairement une influence générale sur l'organisme. Elles n'agissent que comme corps étrangers, elles n'ont qu'une action physique sur la région qu'elles occupent. Cependant elles ont leur danger ; car, comme corps étrangers, par leur position, leur volume, elles peuvent gêner ou même abolir des fonctions très importantes, et d'ailleurs il leur arrive de dégénérer et de passer dans la classe suivante :

c. Les *tumeurs malignes* sont produites par un changement dans la nature des molécules d'un tissu, changement tel que le nouveau tissu ou la matière nouvellement produite n'a rien d'analogue avec le tissu primitif ni avec les autres tissus de l'économie. C'est du tubercule, c'est de la matière squirrheuse, encéphaloïde, mis à la place du tissu cellulaire, d'un os, d'une glande ou d'un muscle ; tissus ou organes qu'il n'est plus possible de ramener à leurs conditions normales ; au contraire, le nouveau tissu envahira les organes voisins, les détruira par l'ulcération, se détruira lui-même sur un point pour se reproduire ailleurs, et finira par agir sur l'ensemble de l'économie et lui imprimer une physionomie que le praticien sait reconnaître.

La thérapeutique médicale pourrait, à la rigueur, avoir quelque prise sur les tumeurs de la première espèce, les *tu-*

meurs bénignes : ainsi on a vu des exostoses disparaître sous l'influence du mercure ; tandis que la même thérapeutique est complètement impuissante pour la guérison des *tumeurs malignes*. Mais on se tromperait si on croyait la chirurgie plus puissante pour réellement guérir. Elle peut *détruire, retrancher* un organe cancéreux ; elle ne le guérit pas. Or, comme le but de la chirurgie est de *conserver et non de détruire*, on voit que la chirurgie est en opposition avec ses principes, quand elle s'arme du feu ou du fer pour détruire ou retrancher. Mais un autre principe plus puissant et antérieur à celui que j'ai énoncé vient et dit qu'il *faut savoir sacrifier la partie au tout.* Pour remplir complètement l'indication qui ressort de ce principe, il faut que le mal soit bien limité et que ce *tout* ne participe pas à l'affection de la partie que l'on veut détruire. Or, une limitation exacte des lésions organiques de la deuxième classe est rare. Presque toujours, en effet, quand on trouve des tubercules dans un de nos tissus, ils sont répétés dans les poumons. Et ensuite, combien y a-t-il d'affections cancéreuses qui n'aient pas de racines profondes, cachées dans tout l'organisme. L'existence d'une lésion viscérale compliquant la dégénérescence et la presque certitude de la récidive devraient donc éloigner les chirurgiens de toute opération pour les cas de tumeurs malignes et les ramener au premier principe. Mais comme la lésion viscérale n'est pas toujours aggravée par l'opération et que quelquefois la récidive se fait attendre long-temps, les chirurgiens se sont déterminés à opérer les tumeurs malignes. Cependant tout ce que je viens de dire prouve avec quelle réserve ces opérations devront être entreprises. On sera d'autant plus réservé que l'opération sera plus grave.

d. Les opérations qui sont indiquées par les lésions dites or-

ganiques ont pour but : 1° de retrancher, d'enlever l'organe ou la partie d'organe malade (amputation, résections, extirpation); 2° de les détruire (cautérisation, broiement); 3° de les priver complètement ou incomplètement de leurs moyens de nutrition ou de modifier celle-ci (compression, ligature, acupunture, séton, etc.). Les amputations et les résections sont les opérations les plus graves, il n'y a guère que les opérations pour des tumeurs très volumineuses ou très profondément situées ainsi que la taille et la bronchotomie, qui puissent leur être comparées sous ce rapport. Les amputations et les résections seront, en général, d'autant plus graves qu'elles seront faites plus près du tronc. Cependant, quelquefois elles devront êtres pratiquées même pour des tumeurs bénignes. Ainsi une exostose qui naît sur la face interne du maxillaire inférieur et qui par un grand développement, gêne la déglutition et même la respiration, pour cette exostose, l'amputation de la mâchoire est indiquée. En parlant des amputations pour des lésions physiques, j'ai supposé, en général, l'organisme sans complications viscérales. Elles sont, en effet, très rares alors, car l'accident saisit ordinairement l'individu, en pleine santé. Ici, au contraire, il y a trop souvent, avec la maladie qui nécessite l'opération, d'autres maladies qui quelquefois même sont le point de départ de la première ; ce qui est le plus grave et non le moins fréquent, c'est la participation de tout l'organisme à l'affection qui semble indiquer l'opération. De là, non-seulement une contre-indication, mais une *corrépugnance*. Cependant, il est un état général qui, pour quelques praticiens, ne contre-indique pas absolument l'amputation : c'est l'état scrofuleux peu prononcé. Selon ces chirurgiens les moyens de nutrition qui étaient destinés à la partie enlevée reviennent à ce qui reste de l'organisme. Celui-ci se trouvant moins pauvre en matériaux

nutritifs reprend vigueur, réagit contre la cause des scrofules. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer certains succès dans des cas d'amputation, malgré la phthisie et dans des cas de carie sur des points de squelette autres que celui dont la lésion avait nécessité l'amputation. Il faudrait avoir suivi long-temps les phthisiques ainsi opérés et les sujets ayant plusieurs caries pour pouvoir se prononcer sur une pareille question.

Il serait convenable aussi de préciser d'avance le dégré de la phthisie. D'ailleurs il faut savoir que la phthisie a, comme toutes les maladies de cette classe, des momens de *tolérance* qui peuvent même durer des années. Si on ampute, pendant un moment de tolérance, le chirurgien l'attribuera à l'amputation, il lui arrivera de parler de cure radicale, car *post hoc ergo hoc*, principe presque toujours mal appliqué, surtout par les chirurgiens.

Les faits de répits d'une maladie viscérale, après une grande opération, ne devront pas faire méconnaître les principes de prudence dictés par les meilleurs maîtres, et confirmés par nos nombreux insuccès.

e. Il y a un certain état de faiblesse générale qui, au lieu de contre-indiquer les amputations, semble, au contraire, renforcer l'indication, surtout quand cette faiblesse n'est pas le produit d'une lésion viscérale. Cependant il ne faudrait pas abuser des faits qui donnent une certaine autorité à l'opinion que j'expose ici ; car, s'il est vrai que la faiblesse générale rend moins vive la réaction qui suit une opération, il est tout aussi vrai et plus vrai encore que cette même faiblesse peut singulièrement favoriser le prolapsus qui suit ordinairement les grandes opérations, et qui les rend mortelles. La chute des forces est plus facile quand les forces

sont épuisées. Je sais qu'il est des faits qui semblent prouver le contraire; mais alors dans le plus grand nombre des cas, un mauvais moral, de vives souffrances ont promptement épuisé les forces. D'ailleurs il est des individus qui ont les apparences de la force et qui ne sont rien moins que forts. Il n'y a rien de plus trompeur que les signes extérieurs de la force.

Il faut donc être très prudent quand on peut constater qu'il y a peu de forces. S'il y a des signes d'un épuisement marqué, on devra s'abstenir. Cependant toutes les amputations ne sont pas dangereuses au même degré; elles n'ébranlent pas également l'organisme. Il y a loin de la résistance qu'il faut à un malade pour supporter une amputation du membre inférieur, à celle qui est nécessaire pour subir convenablement une amputation du membre supérieur. Il y a même une différence, pour la gravité, entre une amputation faite à la racine ou vers l'autre extrémité des membres, c'est ce qui fait l'excellence de la règle qui veut qu'on ampute le plus loin possible du tronc.

Il y avait une exception à cette règle; elle était consacrée par deux noms vénérés par les chirurgiens, celui de Paré et celui de Sabatier. Cette exception portait sur l'amputation de la jambe, qu'on faisait *au lien de la jarretière* (lieu d'élection), dans tous les cas, même pour des lésions du pied. M. Goyrand, en détruisant cette exception et en faisant triompher la règle, a rendu un service signalé à la chirurgie. Ainsi, beaucoup de cas d'amputations de jambes qui semblaient contre-indiqués par la trop grande faiblesse du sujet, ne le sont plus depuis l'adoption de l'amputation sus-malléolaire, car cette amputation ébranle bien moins l'organisme que celle près

du genou ; la surface traumatique étant considérablement diminuée, la réaction est réduite d'autant, d'où la nécessité d'une somme moins grande de forces pour résister aux accidens, d'où plus de chances de succès chez les sujets dont l'affaiblissement semblait contre-indiquer l'amputation de la jambe. M. Goyrand a parfaitement saisi et fait valoir cette donnée; il a aussi dirigé l'emploi des moyens prothétiques. Aussi suis-je étonné de voir la petite place qu'on fait à son nom, quand on écrit sur un sujet qu'il a si bien éclairé.

f. L'*extirpation* des tumeurs ne doit être faite qu'après avoir épuisé les moyens médicaux et les moyens directs peu dangereux, et après avoir constaté l'impuissance de la nature pour leur guérison. Cependant il ne faudrait pas abuser même de ces moyens. Ainsi, ce qu'on appelle *cura famis*, ce traitement basé sur une diète des plus sévères, pourrait faire disparaître quelques tumeurs bénignes, mais jamais un cancer long-temps prolongé ; une pareille diète peut détériorer la constitution au point de la faire succomber sous une opération, quand il faudra absolument la pratiquer. Les émissions sanguines locales souvent répétées et dont un chirurgien a fait si grand bruit dans ces derniers temps, ces saignées peuvent amener le même résultat par leur abus. Appliquées avec ménagement, elles ont quelquefois dégagé les environs de la tumeur, l'ont rendue plus mobile, plus facilement opérable. Elles ont quelquefois aidé certains moyens, par exemple, la compression. Mais jamais seules, jamais avec la compression, jamais avec tous les fondans possibles, on ne leur verra guérir une tumeur maligne. Restera toujours un noyau

qui sera l'écueil de tous les moyens thérapeutiques. L'extirpation est donc indiquée.

Si l'opération ne doit pas compromettre des nerfs et des vaisseaux considérables, si la tumeur n'est pas voisine d'un organe important, on peut même l'extirper avant l'emploi des moyens médicaux. On le fait pour des tumeurs bénignes. Ainsi, dans les cas d'hypertrophie des amygdales, mieux vaut procéder de suite à leur résection que de chercher à combattre cette hypertrophie par des moyens directs ou indirects qui échoueraient, dans le plus grand nombre des cas, après avoir singulièrement fatigué et quelquefois compromis l'organisme. Ici même, on peut s'éloigner de la règle qui veut, qu'en opérant, on dépasse les limites du mal, ce qui rend l'opération et beaucoup plus facile et beaucoup moins dangereuse. En effet, il y a loin d'une opération qui consiste à n'enlever des amygdales que ce qui dépasse en dedans les piliers du voile du palais à l'opération qui nécessite leur éradication complète. On est forcé de le faire quand les glandes sont cancéreuses; mais alors l'opération rentre dans la classe des opérations difficiles, douloureuses, dangereuses, et dont le succès est toujours très douteux.

Il y a des hypertrophies des ganglions lymphatiques avec un fond tuberculeux dont l'extirpation peut être faite avant d'épuiser les autres moyens thérapeutiques au point de fatiguer l'économie; car les opérations pratiquées pour de pareilles tumeurs sont généralement peu graves; même quelquefois quand elles siègent dans des régions importantes de l'économie et à une certaine profondeur. Ainsi, au cou, on extirpe des ganglions quelquefois très profondément situés, et ces extirpations ne sont pas ordinairement suivies

d'accident. L'explication de cette espèce d'innocuité peut être fournie par la poche, le kyste qui enveloppe ces tumeurs; en ouvrant seulement cette poche, en *déshabillant* la tumeur avec les doigts ou le manche du scalpel, on ne craint pas de léser les organes sous-jacens, d'abord protégés par cette tunique, laquelle sert aussi de barrière à l'inflammation et aux infiltrations purulentes. Mais le chirurgien prudent remarquera qu'il arrive souvent que ces tumeurs disparaissent quand vient l'âge de la puberté; il ne se hâtera donc pas de les extirper chez les enfans. Cette disparution a lieu surtout quand il n'y a pas de tubercules dans la tumenr.

g. J'ai dit tantôt qu'on pouvait dans certains cas, se borner à l'enlèvement d'une partie d'un organe. C'est une exception en faveur de certaines hypertrophies. Mais pour les vrais dégénérescences, ce serait une faute de faire une extirpation incomplète; il est toujours indiqué d'enlever tout le mal, et quand il s'agit d'un cancer il est de règle de sacrifier entièrement l'organe dans lequel il est né. Que dirait-on d'un chirurgien qui enleverait un segment d'un testicule pour un squirrhe de cet organe, qui respecterait une partie du sein pour un cancer non enkysté de la glande elle-même? Et cependant on a beaucoup fait d'amputations partielles de l'utérus; on n'amputait en effet que le col; et cela, sans pouvoir constater d'une manière précise les bornes du mal. Car, même avec le luxe de nos moyens d'exploration, je défie le chirurgien le plus habile de me dire où s'arrête une affection cancéreuse du col de l'utérus. Le plus souvent on ne peut le dire même quand on peut entièrement palper l'organe, le sein, par exemple. Quand il y a cancer bien r connu de l'utérus la logique voudrait qu'on enlevât tout l'organe; mais le bon sens chirurgical s'y opposera toujours. Ainsi, il est in-

diqué dans toutes les dégénérescences de dépasser, en opérant, les limites du mal. Mais quand, pour franchir ces limites, il faut pénétrer dans une grande cavité, les contre-indications se présentent en foule et se dressent devant la conscience du chirurgien. Je sais qu'on a découvert le cerveau pour l'ablation de certaines tumeurs intra-crâniennes ; on a mis le cœur à découvert pour des lésions graves des parois pectorales ; on a suivi le cancer du testicule jusque dans le ventre. Je connais ces hauts faits. Je sais aussi qu'il est aujourd'hui encore des chirurgiens qui ont assez d'audace et d'habileté pour aller jusque-là et plus loin encore. Mais, comme il faut avec ces deux qualités une autre chose que je n'ai pas et que je ne souhaite pas à mes lecteurs, je déclare que je n'entreprendrai jamais de pareilles opérations et je ne puis les conseiller.

h. D'ailleurs il y a une chose qu'on ne dit pas assez souvent : c'est qu'il y a des dégénérescences malignes qui laissent vivre très long-temps des malades dont la vie aurait été certainement compromise par l'opération qu'elles semblent nécessiter. On observe surtout cela chez les vieillards. Alors, ces tumeurs redoublent pour ainsi dire de chronicité, l'organisme semble les avoir oubliées, elles s'endurcissent plutôt que de se ramollir pour s'ulcérer ; en attendant, le vieillard continue à vivre. Je connais une vieille femme qui porte depuis 15 ans un squirrhe au sein et qui n'a jamais voulu se laisser opérer malgré les propositions qui lui ont été faites par plusieurs chirurgiens. Elle a maintenant 75 ans. Peut-être n'aurait-elle pas atteint cet âge si on l'eut opérée. Il faut savoir une chose, c'est que, le plus souvent, ce n'est pas dans le bien que nous avons à choisir, mais dans le mal : Or, le plus mauvais choix n'est pas toujours

fait par le sort. Cette circonstance, c'est-à-dire, cette espèce de chronicité des affections cancéreuses chez certains vieillards, fortifie la contre-indication tirée de l'âge avancé qui, le plus souvent, met les malades dans l'impossibilité de résister aux accidens de l'opération.

La *destruction* de la tumeur peut s'opérer par les caustiques ou le broiement. Ainsi les polypes ont été brûlés, et M. Récamier en opère quelquefois le broiement. De pareils moyens ne peuvent être indiqués que quand la dégénérescence a une forme polypeuse ou quand elle est peu considérable; ou bien on cautérise, pour compléter certaines extirpations qu'on n'a pas osé achever avec le bistouri. On peut dire à-peu près la même chose de la ligature employée pour faire tomber certaines tumeurs.

j. Ce sont surtout les lésions organiques du système vasculaire qui exigent des procédés propres à arrêter les moyens de nutrition ou à les modifier de manière à faire disparaître les tumeurs, ou à les placer dans des conditions qui fassent cesser les accidens dont elles sont quelquefois le siège ou disparaître l'embarras, la gêne qu'elles causent. La ligature est le premier de ces moyens; elle est employée pour les anévrysmes, les varices, les tumeurs érectiles.

k Pour les anévrysmes s'élève une question à laquelle j'ai déjà touché : c'est celle de savoir si les moyens médicaux ne devraient pas toujours précéder l'opération; s'il ne faudrait pas les épuiser avant d'entreprendre l'opération. Il est de ces moyens dont le danger et les inconvéniens sont tels que l'opération leur est en général préférable (je parle des anévrysmes externes). Ainsi la méthode de Valsalva est dans ce cas. Quand elle échoue, elle laisse le malade dans des conditions très peu favorables au succès de l'opé-

ration et même à la cure spontanée; car un sang appauvri se coagule difficilement et prédispose aux hémorrhagies consécutives et à leur persistance. D'ailleurs, pendant le temps employé aux moyens médicaux, la tumeur fait des progrès qui rendent le succès de la ligature toujours plus douteux.

Cependant il est des cas où la méthode de Valsalva seule, ou aidée des moyens accessoires, est l'unique ressource qui reste au chirurgien. Elle doit être préférée à la ligature quand l'anévrysme se trouve avec le tronc dans des rapports qui ne permettent pas l'emploi prudent, méthodique d'une ligature. Il est vrai que l'adoption de la méthode de Brasdor et les progrès de la chirurgie hémostatique rendent tous les jours plus rares ces exceptions. Cependant il faut encore en faire, car il y a des limites à tout.

l. Les anévrysmes indiquent des opérations qui sont dans la classe de celles que l'on pratique pour sauver les jours du malade. Il n'en est pas de même des varices, car les cas où elles ont donné lieu à des accidens mortels sont très rares. Aussi doit-on rarement se permettre ces opérations qui sont contre-indiquées par le peu de gravité de la maladie, par l'extrême fréquence des récidives, et surtout par la phlébite qui peut être causée par nos manœuvres. C'est la méthode qui fera le plus facilement éviter cet accident si grave qui devra être préférée. Les opérations de varices ont cependant presque toutes pour principe une action sur les veines malades. C'est une ligature, une piqûre, une compression. On traverse les veines après avoir divisé la peau, on passe derrière la veine pour la lier, on la comprime directement; ou bien on a[illegible]t d'abord sur la peau.

Cette dernière que j'appellerai *sus-cutanée*, est celle que

M. Sanson applique au traitement des varices des membres, celle qui fait la base du procédé de M. Breschet pour la guérison radicale du varicocèle. Dans cette méthode, c'est sur la peau qu'on agit d'abord. La veine est oblitérée avant la division des tégumens, qui sont quelquefois respectés (Sanson). La crainte de la phlébite grave disparaît donc et on n'obtient que la *phlébite oblitérante*, comme le dit M. Cruveilhier.

Si les faits publiés dans la brochure de M. Landouzy, élève distingué de M. Breschet, se multiplient, les indications pour le traitement du varicocèle se multiplieront aussi. Mais ne perdez jamais de vue qu'il s'agit ici d'une infirmité et non d'une maladie qui menace les jours du malade. Dionis a fait une division toute pratique des opérations; il en est qui sont instituées pour sauver la vie, d'autres pour la commodité de la vie. Or, si pour cette *commodité* on tuait le malade, le but de la chirurgie ne serait pas atteint. Ceci s'applique à toutes les opérations pratiquées pour des infirmités avec lesquelles on peut vivre.

m. Les tumeurs érectiles participent quelquefois des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. Dans certains cas, elles compromettent singulièrement les jours du malade.

Il faut donc quelquefois ou les enlever ou les détruire, ou modifier leur circulation de manière à ce qu'elles disparaissent ou qu'elles changent de nature afin qu'elles ne soient plus dangereuses.

C'est surtout cette dernière indication que l'on remplit aujourd'hui par de petits sétons, des aiguilles avec lesquelles on traverse ces tumeurs, avec des caustiques. Mais même ces opérations ont leur danger. Il faudrait donc encore être réservé ici, et n'opérer que les tumeurs qui ne peuvent dispa-

raître par des moyens plus doux et même spontanément. Ces cures, dues aux efforts de l'organisme, sont plus fréquentes qu'on ne pense. J'en ai publié six exemples que je dois à l'obligeance de M. le professeur Moreau, qui m'en a promis autant.

SECTION TROISIÈME.

Lésions vitales.

a. C'est surtout, en envisageant les maladies sous leur aspect matériel, anatomique, qu'on découvre des indications pour la médecine opératoire; au point de vue opposé n'apparaissent que des indications qui sont du domaine de la thérapeutique médicale. Ce sont les résultats des lésions vitales que la chirurgie enlève et détruit; ainsi, la plupart des maladies qui m'ont fourni des indications chirurgicales, ne sont que des résultats d'une modification de la vitalité, mais les lésions vitales elles-mêmes échappent à la médecine opératoire. Car, une action physique ou chimique ne peut s'exercer que sur quelque chose qui a un corps; or, la lésion vitale, à son état virtuel (qu'on me passe cette expression), est insaisissable.

b. Cependant il est des chirurgiens qui ont cru trouver des indications chirurgicales dans les névralgies, les névroses; on a coupé, excisé, cautérisé des nerfs, pour guérir les tics douloureux, la sciatique, et on a tenté de pareilles opérations contre la nymphomanie. Mais comme il n'y a rien de plus fréquent, rien de plus varié que les communications nerveuses, comme il n'y a rien de plus communicatif, de plus expansible, que ce qui a trait au système nerveux, ses maladies sont rarement locales, surtout les névroses et les névralgies. De là, les insuccès des opérations tentées contre ces

maladies ; de là la fréquence des récidives. Une maladie nerveuse permute ordinairement avec une autre maladie nerveuse, on ne la guérit pas ; c'est-à-dire que son principe, son germe est indestructible. On échange souvent une névralgie contre une névrose, voilà tout ; et souvent on perd beaucoup au change.

c. La lésion vitale parvenue au degré de l'inflammation, indique la plupart des *petites opérations,* saignées locales, générales, ventouses, vésicatoires, scarifications, etc. ; comme on le pense bien, ce n'est pas ici le lieu d'examiner les indications de la *petite chirurgie.*

Il y a de grandes incisions multiples qui sont indiquées quand l'inflammation attaque certains tissus à une certaine profondeur et quand elle a un caractère particulier. Ainsi, dans certains cas de panaris, dans certains érysipèles phlegmoneux, ce sont de vrais débridemens que l'on fait ; on remplit alors une double indication, on détend les tissus, et on donne issue à une certaine quantité de sang, on fait une vraie saignée.

d. La *gangrène* est un résultat immédiat et prompt de l'extinction de ce qu'on a appelé les propriétés vitales ; c'est donc une lésion vitale au plus haut degré. On comprend qu'une modification thérapeutique ne peut avoir lieu que là où la vie existe ; or comme elle est éteinte dans la gangrène, la gangrène ne peut être traitée. Mais il y a à aider la nature, à l'imiter quand elle procède à l'élimination de la partie mortifiée devenue corps étrangers. Alors on agit sur toute l'économie pour qu'elle réagisse convenablement, ou sur les environs de la gangrène pour mettre les parties vivantes, dans des conditions favorables à l'élimination ; enfin, on prend quelquefois le parti extrême de retrancher la partie, on fait

7.

des amputations. Les anciens craignant l'hémorrhagie et une extrême douleur, se contentaient souvent de couper quelques lambeaux qui retenaient encore à l'économie la partie frappée de mort; quand ils amputaient, ils n'amputaient pas dans le vif. On voit encore Fabrice d'Aquapendente sanctionner cette pratique qui, cependant avait déjà été modifiée dans des temps très antérieurs à l'époque de Fabrice, puisqu'on voit Celse établir, en principe, de remonter jusqu'aux chairs vivantes. Aujourd'hui l'indication est précise, on coupe toujours loin du mort; et c'est une extrême nécessité qui seule oblige le praticien à laisser des parties mortes.

e. Il est des cas où il y a contre-indication à l'amputation dans les cas de gangrène, c'est, le plus souvent, quand elle reconnaît pour cause une lésion de l'appareil circulatoire. La contre-indication se fortifie à mesure que la lésion porte sur un point de cet appareil plus rapproché du centre. Il y a triple contre-indication, quand le centre lui-même est malade. Ce ne sont pas seulement des lésions de l'appareil circulatoire qui produisent ce qu'on a appelé gangrènes spontanées; il est des lésions de l'appareil nerveux et d'autres circonstances, que nous ne pouvons pas toujours apprécier, qui donnent lieu à cette espèce de gangrène. C'est surtout pour elle qu'il faut attendre la limitation naturelle du mal, avant d'entreprendre une amputation. La gangrène par congélation est dans le même cas.

Un mot sur la prothèse.

Souvent, après nos opérations, après certaines gangrènes, certains ulcères, restent des brèches à réparer, des parties à remplacer. On remplit cette indication par des moyens artificiels mécaniques ou par l'autoplastie. On devra, en général, préférer les moyens artificiels. Cependant, sur la face,

quand, sans de grands dangers, on pourra, par l'autoplastie, protéger un œil privé de sa paupière naturelle, combler un vide à la joue qui laisse écouler une grande quantité de salive, on sera autorisé à pratiquer l'autoplastie ; car ici, ce n'est plus une opération de luxe, mais une opération nécessaire à la conservation de la vie. L'autoplastie, appliquée au traitement des anus contre-nature, selon la méthode de M. Velpeau, doit être rangée dans la même catégorie. Mais la question change, quand il s'agit de refaire un nez.

f. Voici une page écrite sous l'impression d'un fâcheux événement ; elle trouve sa place dans cette thèse :

« Une chose surtout qu'on n'oubliera pas avant d'entreprendre la rhinoplastie, c'est qu'il s'agit alors d'une opération grave et dont le but n'est pas de guérir une lésion incompatible avec la vie. La main la plus heureuse, la plus habile agissant sur le sujet le mieux disposé ne peut corriger que très imparfaitement une difformité à la vérité hideuse. Les nez ainsi fabriqués ne ressemblent pas mal à des tubérosités des racines de certaine plante de la famille des solanées ; ils deviennent toujours plus laids en vieillissant, ils finissent par se ratatiner, ou bien, ils s'aplatissent et ressemblent à ceux de ces vénériens qui ont les os du nez et la cloison nasale détruits. Alors les parties molles s'affaissent complètement. Ces malheureux sont horriblement camards et ont une voix nasillarde des plus désagréables.

« Beaucoup de malades regrettent d'avoir acheté par des dangers de cruelles et longues souffrances un nez si peu présentable ; ils préfèrent alors un nez artificiel, il en est de si bien faits, on les adapte si artistement à des lunettes, qu'il faut y regarder de près pour reconnaître la prothèse. J'ai ouï dire que M. Marjolin a disséqué, pendant une saison en-

tière, avec un élève qui portait un nez de carton et qu'il ne s'en aperçut pas.

« Il y a quelques années un chirurgien étranger très habile dans l'art de rapiéceter la face passa à Paris; il fut reçu de ses confrères comme on reçoit les hommes de talent. On lui chercha des nez à refaire. Il en refit beaucoup, en peu de temps, et on a parlé de deux morts sur quatre opérés. Voici un fait qui se rattache à ce voyage; je désire qu'il reste dans la mémoire des élèves comme il est gravé dans la mienne : Un infirmier d'un grand hôpital de la capitale avait une petite perte de substance à une aile du nez, qui l'inquiétait fort peu. Un homme qui se faisait la barbe une fois par semaine et qui était destiné à vivre avec des malades, ne devait guère tenir à la beauté, à la symétrie de ses formes. Mais on lui donna des idées de coquetterie. Enfin on l'amena à subir une opération dont il ne connaissait nullement les dangers. On ne chercha pas à combler la perte de substance du nez avec la peau voisine ; comme une aile du nez était plus courte, on songea à mettre l'autre de niveau, afin de faire un nez plus court.

« Pour cela il fallut fendre cet organe de sa racine à sa pointe, retrancher une partie de la cloison et une partie de l'aile intacte, puis on pratiqua une infinité de points de suture et on présenta un miroir au malade qui fut stupéfait de sa laideur. Le lendemain survint une érisypèle qui se communiqua au cuir chevelu, et qui fit périr le malade en peu de jours!

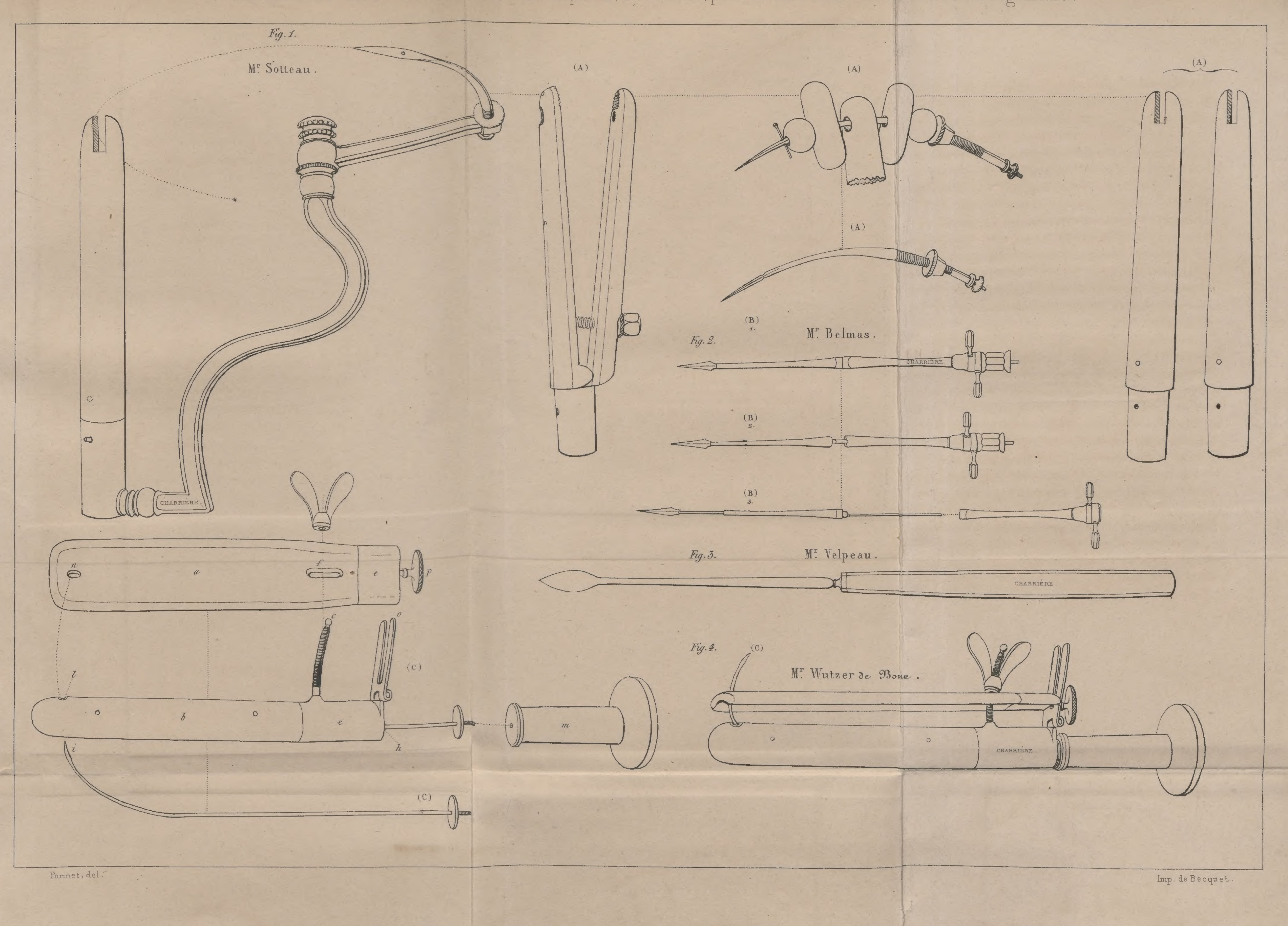
« Toute réflexion devient inutile, ce fait parle assez haut. »

Je terminerai par un passage que je n'ai pas écrit pour la circonstance, mais qui cependant trouve ici son à-propos :

« Je crois avec J. Bell que nous avons une prévention

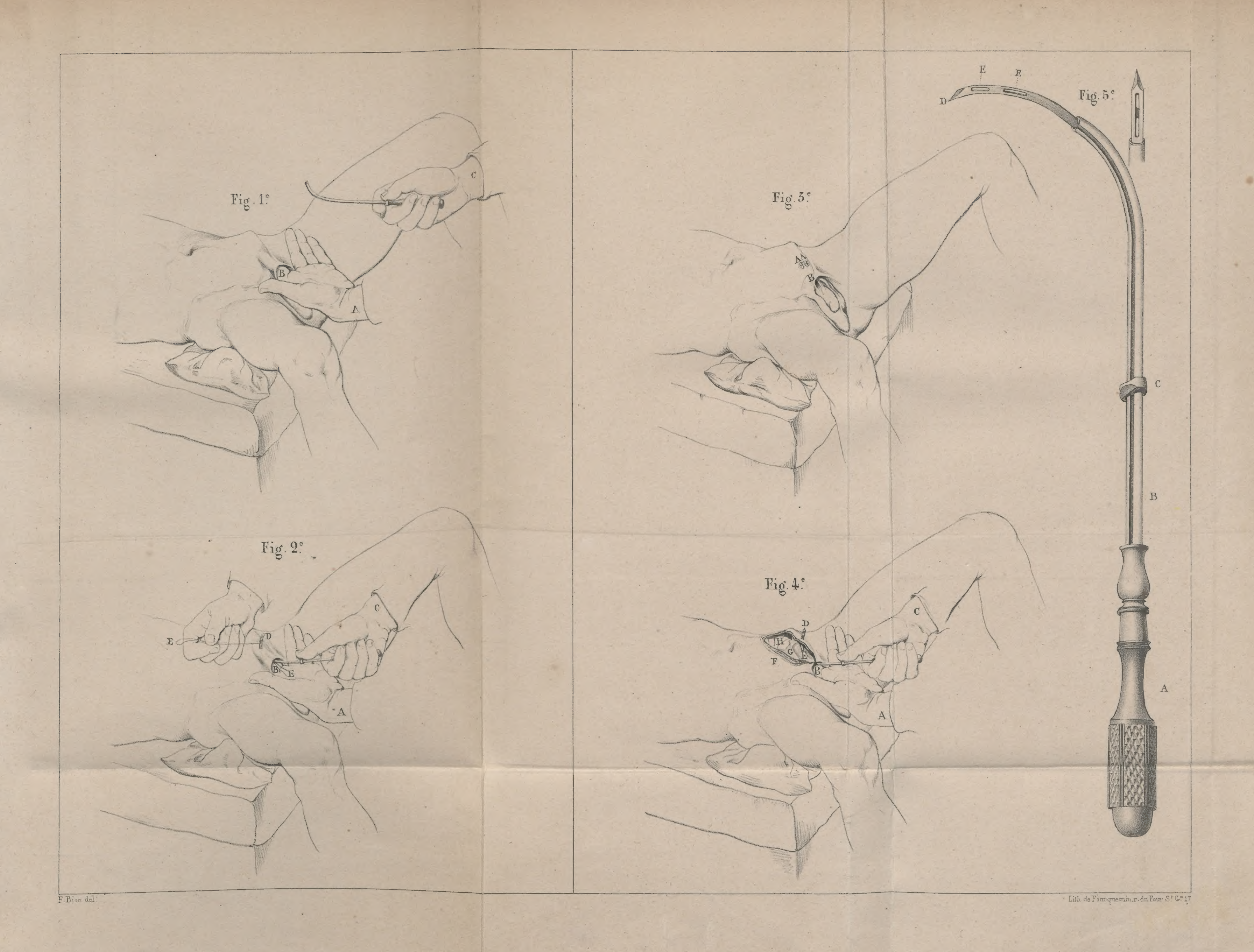
un peu trop favorable pour notre art, un goût trop décidé pour les entreprises les plus hardies, et, par suite, une trop grande méfiance pour l'autocratie de la nature. J. Hunter, une des plus grandes gloires de notre art, accordait une extrême confiance aux ressources de l'organisme, il disait que l'absorption selon sa plus ou moins grande activité, selon sa direction, peut produire la fonte de certaines tumeurs ou l'élimination de certaines parties. En effet, la résolution des tumeurs, l'ulcération qui détache ses parties peuvent être dues aux forces absorbantes, il faut donc savoir les développer ou les diriger ; le temps le fait quelquefois à lui seul. On le voit, j'incline vers ce que j'appellerai le *naturalisme chirurgical*. Mais il y a loin de là à une réaction qui conduirait à proposer le désarmement de la chirurgie. »

Instruments de Mrs Sotteau, Belmas, Velpeau, et Wutzer, pour la cure radicale de la Hernie inguinale.



Pernet, del.

Imp. de Becquet.



F. Bion del.

Lith. de Fourquemin, r. du Four St. Gn. 17

0 1 2 3 4 5 (cm)